



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.999

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	07 MES	2024 AÑO	BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
POSADA ORTIZ CARLOS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	46 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS	CC	15514313
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
NO APLICA		PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN OFICINAS					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
NO APLICA		PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS					
APTO		PSICOSENCOMETRICO					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	VIISIOMETRÍA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	EXÁMEN PSICOSENSOMETRICO	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE					HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 <p>Firma: </p> <p>Nombre: CORZZO SIERRA JESUS</p> <p>R. M.: 44658/2014 L.S.O.: 1844</p>				 <p>Firma: </p> <p>Nombre: POSADA ORTIZ CARLOS ANDRES</p> <p>CC: 15514313</p>			
<p>1 CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo</p>							

que hacen parte integral de su historial médico.

2 CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. "Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.



AUDIOMETRIA

Atención N°: 3229

DATOS PERSONALES	
Fecha: <u>13/07/2024</u>	Cludad: <u>BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)</u>
Tipo Exámen: <u>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</u>	
CC: <u>15514313</u>	Nombre: <u>POSADA ORTIZ CARLOS ANDRES</u>
Fecha Nacimiento: <u>07/02/1978</u>	Empresa: <u>PARTICULARES</u>
Edad: <u>46 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS</u>	Genero: <u>MASCULINO</u>
Ocupacion: <u>CONDUCTOR</u>	

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES					
Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOAUSIS SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

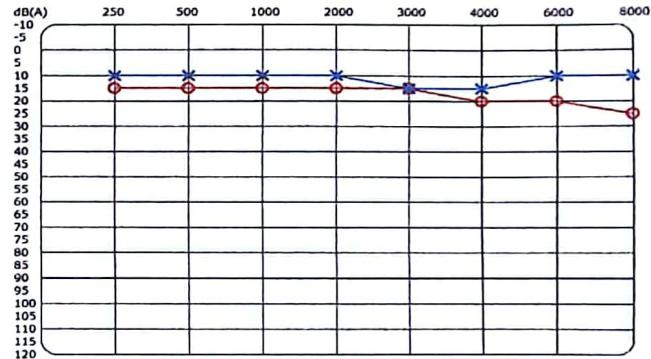
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI REFIERE	AUDÍFONOS	SI REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA		
Descanso auditivo(Horas):	Realizó re test: <u>SI</u>	Uso Cabina Sonoamortiguada: <u>SI</u>
Marca y Referencia audiometró utilizado:	MAICO MA41	F. Ultima Calibración: <u>2021-08-05</u>

: Vía aérea del OD : Vía aérea del OI
 < : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	
Oído Izquierdo:	

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	15	20	20	25
VAOI	10	10	10	10	15	15	10	10



PTA	
Oído derecho: <u>15.00</u>	Oído Izquierdo: <u>11.25</u>

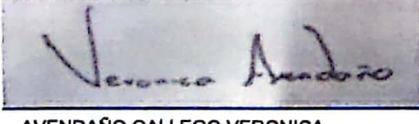
SEVERIDAD - CAOHC	
Oído derecho: <u>Normal(0 - 25 dB)</u>	Oído Izquierdo: <u>Normal(0 - 25 dB)</u>

Código: <u>Z011</u>	Nombre del Diagnóstico: <u>EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN</u>	Oído: <u>AMBOS</u>	Origen: <u>PROFESIONAL</u>	Tipo: <u>2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO</u>
---------------------	---	--------------------	----------------------------	--

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

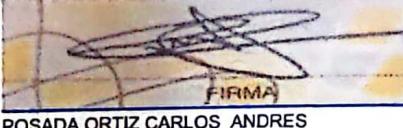
Observaciones	
AUDIOMETRIA TONAL COMPATIBLE CON PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL	

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 
 Nombre: AVENDAÑO GALLEGOS VERONICA
 R. M.: 1000660541 L.S.O.: 1000660541

QR Code
Código de Seguridad
A766G2M3229

TRABAJADOR

Firma: 
 Nombre: POSADA ORTIZ CARLOS ANDRES
 CC: 15514313

Examen No. 38
Nombre CARLOS ANDRES POSADA
Identificación ORTIZ 15514313
Grupo Sanguíneo y RH O+
E-mail
Dirección
Tipo Licencia C1
Edad : 46 AÑOS
Usa Lentes Usa
PRUEBA MOTRIZ



Atención Concentrada y resistencia a la monotonía	Reacciones Multiples	Coordinación Visomotor	Anticipación a la velocidad
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (TMRR)	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (TMRR)	Tiempo total en el error (TTE)	Tiempo medio de desviación (Vel 1)
Max 0.68 Seg	Max 1.43 Seg	Max 46 Seg	Max 1.40 Seg
0.51 Seg	0.28 Seg	0.39 Seg	0.4 Seg
Max 1 Seg	Max 1.33 Seg	Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	Tiempo medio de desviación (Vel 2)
0.47 Seg	0.28 Seg	Max 20%	Max 1.01 Seg
Numero de Errores	Numero de Errores	1.4%	0.08 Seg
Max 5 Errores	Max 8 Errores	Max 14 Errores	Max 0.60 Seg
2 Errores	0 Errores	3 Errores	0.36 Seg

FECHA DE LA PRUEBA 2024-07-13 08:03:56.0 **NUMERO DEL EXAMEN** 38

EXAMEN PSICOLOGICO

BLOQUE	ESTADO BLOQUE
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos	APROBADO
Trastornos amnésicos y otros trastornos congnoscitivos	APROBADO
Esquizofrenia y otras psicosis.	APROBADO
Trastornos del estado de ánimo.	APROBADO
Trastornos dissociativos.	APROBADO
Trastornos del sueño.	APROBADO
Control de impulsos.	APROBADO
Trastornos de la personalidad.	APROBADO
Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.	APROBADO
Trastornos relacionados por sustancias.	APROBADO
Test de inteligencia y de razonamiento numérico.	APROBADO

FECHA DE LA PRUEBA 2024-07-13 08:20:31.0 **NUMERO DE EXAMEN** 38

OBSERVACIONES

APTO PARA CONDUCIR

FIRMA USUARIO

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Bibiana Marcela Pérez
Psicóloga
T.P. 273743
Res. 05-7892-23